

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 147

TUBERCULOSE
des
SINUS DE LA FACE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Mars 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste CHASSY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 40 Décembre 1906 à ARLES (Bouches-du-Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

TUBERCULOSE DES SINUS DE LA FACE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 147

TUBERCULOSE
des
SINUS DE LA FACE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Mars 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste CHASSY

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 10 Décembre 1906 à ARLES (Bouches-du-Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch

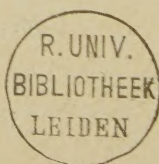
M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COLLET, président ; ROUBIER, assesseur ;

SANTY et REBATTU, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PARRAIN

LE DOCTEUR A. CHASSY

Mort au Champ d'honneur

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR COLLET

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a toujours dispensé son enseignement précieux.

Nous le prions de bien vouloir nous accorder toute son indulgence et de ne voir ici qu'une faible expression de notre admiration respectueuse et de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REBATTU

Il nous a toujours accueilli avec bienveillance et prodigué avec simplicité son enseignement et ses conseils.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre entière gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Nous regrettons que notre séjour dans son service ait été considérablement écourté. Sa bonté a été pour nous d'un grand secours dans des circonstances pénibles.

Nous ne saurions lui exprimer ici toute l'étendue de notre reconnaissance et de notre dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

Notre séjour dans son service a grandement contribué à notre formation médicale. Nous en gardons le meilleur souvenir et le prions de croire à notre vive reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER.

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS.

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REBATTU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER.

TUBERCULOSE DES SINUS DE LA FACE

Bien que la tuberculose des sinus ait été connue peu de temps après les premiers travaux sur la tuberculose nasale, le nombre de cas publiés jusqu'ici est très restreint. Alors que les tuberculoses nasale et auriculaire ont été décrites sous toutes leurs formes et ont donné lieu à des descriptions complètes, cette partie de la pathologie des sinus n'a été étudiée que par un petit nombre d'auteurs.

En 1889, Demme publiait le premier cas de sinusite tuberculeuse.

En 1899, Rethi citait dix observations.

En 1907, Gleitsmann, dans un mémoire paru dans la *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, en réunissait vingt-trois.

En 1912, Collet, dans son ouvrage sur la Tuberculose des voies respiratoires supérieures, réunissait vingt-huit observations, en donnait une analyse et une étude clinique générale.

Actuellement, près de 40 observations sont connues, et les grands traités d'O. R. L., sauf un très petit nombre, laissent cette question dans l'ombre. La raison de cet oubli est sans doute la grande rareté de ces sinusites, mais il est certain que leur symptomatologie fruste n'a pas peu contribué à les laisser ignorer.

Certains auteurs, d'ailleurs, ont émis l'opinion de-

puis longtemps déjà qu'elles étaient plus fréquentes qu'on ne pensait.

Gaudier écrivait en 1897 : « Il est probable que bien des suppurations des sinus n'ont pas été examinées au point de vue bactériologique et que, par conséquent, des cas de nature tuberculeuse ont pu passer inaperçus, il est probable également que les observations classées sous le nom de sinusites chroniques et se caractérisant par leur chronicité désespérante, par leur tendance à ne pas guérir malgré les traitements employés (drainage du sinus et lavages), par leur tendance à faire de petits séquestres osseux, sont d'origine tuberculeuse ». — Gleitsmann en 1907 : « A mon sens, la tuberculose des sinus est plus fréquente, il faudrait examiner tous les sinus, et étudier minutieusement la nature des produits morbides trouvés ». — Collet, qui leur consacre un chapitre spécial dans son récent traité d'Oto-Laryngologie, s'exprimait ainsi en 1912 : « Il est vrai que celle-ci — la sinusite tuberculeuse — paraîtrait peut-être moins rare si on pratiquait systématiquement l'examen des sinus dans tous les cas de tuberculose nasale ».

La plupart des autres auteurs, Zarniko, Panse, Ca-boche, Dœrner Jones... la considèrent comme très rare et n'insistent pas. Dans un article paru récemment, Vernieuwe essaie de la tirer de l'indifférence et publie un certain nombre de cas tendant à montrer la fréquence relative de cette affection, son caractère primitif, sa curabilité.

La tuberculose des sinus peut être secondaire ou primitive.

Secondaire, elle est fréquente chez les sujets présentant des lésions tuberculeuses pulmonaires ou laryngées avancées, son évolution se caractérise alors par sa résistance aux traitements et sa tendance à l'extension.

Primitive, elle est rare, mais évolue très lentement et ne résiste pas au traitement.

Il ne semble pas que l'âge ait une influence importante sur l'apparition de la tuberculose des sinus. Tout au plus peut-on dire qu'elle a été plus fréquemment observée chez les jeunes et chez les adultes que chez les individus âgés. Extrêmement rare chez le nourrisson elle prend une forme tout à fait spéciale, la forme ostéomyélique.

Le sexe masculin paraît plus fréquemment touché.

Les renseignements manquent pour savoir si le Bacille de Koch agit seul ou associé, les auteurs ne parlant pas de son association, mais il est probable que dans les cas compliqués de nécrose considérable, de polyfistulisation, on trouverait la plupart des micro-organismes qui séjournent dans les cavités buccale et nasale.

La tuberculose frappe le plus souvent le sinus maxillaire, du moins les observations publiées paraissent le prouver — Gleitsmann, dans son mémoire, ne relate que cinq cas dans lesquels les autres sinus ont été atteints — mais nous croyons que cette priorité est surtout due à la connaissance plus approfondie que nous avons de la pathologie de ce sinus, à la facilité plus grande de son exploration. Depuis Gleitsmann, Lockard, Ebstein, Levine, Frey, Monlonguet et

Perrier, Vernieuwe ont rapporté des cas où d'autres sinus étaient atteints avec ou sans participation du sinus maxillaire. Enfin Jacques soutient que, parmi les ethmoïdites chroniques, la forme bilatérale à tendance atrophique serait dans un cinquième des cas d'origine tuberculeuse.

Chez la plupart de ces malades on ne note pas localement de traumatisme ni d'affection antérieure banale qui aurait mis les sinus en état de moindre résistance. Mais dans la majorité des cas publiés, le terrain était tuberculeux, les malades présentaient des signes de tuberculose ancienne ou en activité.

Quelques auteurs ont examiné les sinus de malades morts de tuberculose : Vertheim, sur 106 tuberculeux, trouve 31 sinusites; Minder, 4 sur 17; Fraënkell, 9 sur 48; Dmochowski, 3 sinusites maxillaires sur 29 tuberculeux; Oppikofer, 25 sinusites chez 51 tuberculeux. Ces chiffres sont respectables si l'on considère que la plupart du temps les sinus maxillaires seuls ont été examinés. Mais on ne peut savoir combien de ces sinusites étaient spécifiques, car, d'une part, le Bacille de Koch n'a pas toujours été recherché et, d'autre part, on sait combien sa présence peut être difficilement mise en évidence dans une suppuration ancienne, même cliniquement tuberculeuse.

D'autre part, on a rarement pratiqué chez les tuberculeux des examens rhinologiques systématiques et complets. Von Rivers a trouvé chez 500 tuberculeux pulmonaires deux fois plus de respiration buccale que chez 500 non tuberculeux. Votzilka trouve sur 100 tuberculeux pulmonaires 45 lésions nasales,

alors qu'il n'en trouve que 11 sur 100 non tuberculeux. Mais ces examens s'arrêtent là et ces auteurs ne donnent aucune précision sur la nature des lésions nasales. Vernienne a voulu rechercher le nombre des sinusites sur les malades tuberculeux pulmonaires. Bien que ces recherches aient été rendues difficiles par l'état des malades à qui on ne pouvait pas toujours faire un examen complet, il a trouvé 31 sinusites chroniques sur 200 tuberculeux. 19 de ces malades étaient atteints de sinusite maxillaire seule ou ethmoïdo-maxillaire. Sur neuf malades qui avaient déjà subi une intervention sur leur sinus, une seule — maxillaire — était guérie, les autres suppuraient encore. Ici non plus nous n'avons pas d'examen de laboratoire. Le même auteur a recherché également si la tuberculose pulmonaire était fréquente chez les porteurs de sinusite chronique et acquiert « la conviction que leur nombre est grand ». Ces malades sont surtout atteints de bronchite chronique rhinogène, certains d'entre eux présentent à l'auscultation et à la radioscopie des symptômes suspects de tuberculose, quelques-uns avaient des Bacilles de Koch dans l'expectoration. Mais même dans ces cas, il faut se garder de conclure à l'origine sinusienne de l'infection tuberculeuse, car on sait combien il est fréquent de constater la dégénérescence tuberculeuse d'une bronchite chronique rhinogène.

En somme, ces statistiques nous montrent des rapports très intéressants entre la suppuration chronique des sinus et la tuberculose pulmonaire, et nous

permettent de penser que nombreuses sont les sinusites chroniques tuberculeuses ou non qui échappent à l'examen de ces malades.

Pathogénie

La pathogénie de la tuberculose des sinus a été assez longuement étudiée par Vernieuwe. Pour les sinus maxillaires, dont la pathologie nous est mieux connue, l'infection s'est produite par propagation d'une lésion tuberculeuse de voisinage dans 21 cas sur 35. Cet auteur étudie successivement les voies lacrymales, le nez, les dents et le rebord alvéolaire.

Le rôle joué par les voies lacrymales nous arrêtera peu, en effet la tuberculose de l'œil et de ses annexes bien connue depuis longtemps ne nous donne pas d'exemple clinique de transmission de la tuberculose au sinus maxillaire. La tuberculose de l'unguis reconnue et traitée autrefois par Guérin, paraît surtout dépendre, d'après Rollet et Colrat, de la brutalité de la thérapeutique employée au cours du traitement de la tuberculose du sac, mais actuellement « il semble que l'on puisse affirmer que la carie osseuse de l'unguis n'existe pas ».

La tuberculose du nez, bien que peu fréquente, a pu infecter quelquefois le sinus. Thompson croit à la possibilité de l'extension du processus tuberculeux de la paroi interne du sinus au sinus lui-même. Ces vues sont un peu théoriques pour Vernieuwe. Cepen-

dant, Pesme et Retrouvey ont rapporté récemment l'observation d'une malade porteuse d'une fistule lacrymale ancienne chez qui l'examen rhinologique a montré d'une part, au niveau du cornet inférieur, deux tumeurs papillomateuses de nature tuberculeuse, d'autre part une sinusite fronto-maxillaire du même côté.

En dehors du lupus et du tuberculome, il est deux formes rarement signalées qui peuvent s'étendre au sinus. La première est la forme ostéo-cartilagineuse qui simule à s'y méprendre la syphilis tertiaire : siégeant au niveau des os propres, elle se manifeste par la tuméfaction et la rougeur de la racine du nez, siégeant sur la cloison elle présente l'aspect d'une gomme syphilitique, en tout cas elle s'étend rapidement aux organes environnants donnant lieu à la formation d'ulcérations profondes de pus fétide et à l'élimination de séquestres; l'évolution se fait rapidement vers la méningite. La seconde forme, primitive, elle aussi, participe à la symptomatologie du tuberculome et du sarcome, c'est elle que Bourgeois et Bouchet ont décrite : tumeur tuberculeuse d'origine osseuse ayant envahi le plancher des fosses nasales et la partie inféro-interne du sinus maxillaire.

Enfin il faut se souvenir que Gerst, rapportant deux cas présentant des lésions concomitantes dans les fosses nasales et les sinus ethmoïdaux, insiste sur le caractère souvent latent des foyers tuberculeux nasaux. Mais pour ce qui est du sinus maxillaire, l'origine nasale de l'infection paraît rare.

Enfin l'apophyse alvéolaire et les dents qui sont si souvent cause d'empyème et de sinusite banale servent-elles aussi de porte d'entrée au Bacille tuberculeux ? Cela peut paraître peu probable de prime abord, car la muqueuse buccale jouit comme la pituitaire, d'une immunité considérable vis-à-vis du Bacille de Koch et de nombreux micro-organismes. Quels que soient les modes de défense employés, le bacille parvient rarement à provoquer des ulcérations dans la bouche. Cependant, les dents cariées peuvent servir de porte d'entrée aux bacilles; Partsch a constaté chez les tuberculeux pulmonaires la présence de bacilles dans les cavités des dents cariées. Starck depuis longtemps déjà a montré le rapport important qui existe entre la carie dentaire et les adénites cervicales tuberculeuses. L'étude de l'étiologie des adénites tuberculeuses du cou montre que les lésions des dents et des gencives sont au premier plan avant les amygdales et le naso-pharynx. Morgan, faisant une enquête sur 3.161 enfants, en trouve 78 % porteurs de carie dentaire et chez 70 % de ces derniers les lésions dentaires avaient causé l'adénite.

Mais s'il est établi que les dents peuvent servir de porte d'entrée au bacille tuberculeux, on n'a pas d'observation montrant un rapport immédiat entre la lésion dentaire et la sinusite. Le plus souvent, c'est à la suite d'ulcérations gingivales ayant ou non succédé à une avulsion dentaire que se sont manifesté les signes de sinusite tuberculeuse. On a souvent signalé en stomatologie les lésions tuberculeuses des apophyses

alvéolaires comme porte d'entrée de la sinusite. Zandy, sur 37 cas d'affection tuberculeuse des dents ou des gencives, en trouve 5 primitives, 3 dues au lupus, 29 secondaires à la phtisie pulmonaire; dans tous ces cas, les parties molles périodentaires étaient atteintes avant que la dent ne fût affectée, mais la dent enlevée, la plaie ne guérissait pas. Dans la plupart des observations où l'on peut invoquer une origine alvéolo-dentaire de l'infection tuberculeuse, il semble au contraire que la carie ait été primitive et que l'avulsion ait laissé une plaie rapidement tuberculisée. Cette lésion s'étendait progressivement au sinus en détruisant peu à peu l'os de l'apophyse alvéolaire (Rethi et Kochier).

En somme, la propagation directe de l'infection tuberculeuse se fait rarement par voie nasale, moins rarement par voie bucco-alvéolaire; et dans la majorité des cas, il faut admettre que le bacille parti d'une lésion tuberculeuse proche ou éloignée a été apporté au sinus par voie sanguine. Introduit dans l'organisme par voie digestive buccale ou intestinale, il se fixe sur des ganglions lymphatiques où il peut demeurer latent; de là, il peut se répandre dans la circulation et s'arrêter au niveau d'un organe quelconque.

« Selon Aufrecht, le bacille de Koch pénètre dans
« la bouche, végète sur la surface de l'amygdale ou
« dans les dents cariées, sans déterminer aucune lésion locale; puis il pénètre dans la circulation générale et va se fixer sur les poumons ou les autres
« organes ». La preuve de ce mode d'infection nous

est donnée par les cas, peu nombreux, il est vrai, où la localisation sinusienne a précédé cliniquement toute autre localisation de la tuberculose : observations de Gaudier, Frey, Kéckvick, Coackley, Vernieuwe (1^{re}).

Anatomie Pathologique

Les lésions macroscopiques que peut produire la tuberculose au niveau de la muqueuse et du squelette du sinus sont assez différentes pour qu'on puisse les classer sous plusieurs chefs.

Comme dans la tuberculose nasale, on peut trouver des granulations fines de la muqueuse, des sécrétions purulentes ou caséuses, des caries osseuses ou des néoformations plus ou moins volumineuses.

Si les lésions restent limitées à la muqueuse, on ne trouve souvent à l'examen macroscopique que des modifications analogues à celles de la sinusite chronique banale : muqueuse épaissie, fongueuse, présence de pus parfois peu abondant et mal lié ; quelquefois l'attention est attirée par de petites granulations que l'examen révélera tuberculeuses. En tout cas, l'examen histologique donne des renseignements très précis : la muqueuse présente un épithélium exfolié en plusieurs endroits, une infiltration considérable de petites cellules rondes d'aspect embryonnaire, une dilatation kystique des canaux excréteurs des glandes, enfin des cellules géantes et des bacilles qu'on trouve plus sûrement dans le pus.

Dans une forme plus grave, les lésions dépassent la muqueuse et attaquent l'os. Les parois osseuses d'abord amincies, perdent leur solidité, la gouge les effondre sans effort; plus tard, l'examen montre une paroi détruite en plusieurs points : fosse canine et paroi interne surtout. Chez certains malades des fistules souvent multiples s'ouvrent à la joue ou dans la cavité buccale par un canal alvéolaire, chez d'autres la perte de substance est plus considérable et l'ostéite détruit la plus grande partie du plancher du sinus et de la voûte palatine, faisant communiquer largement le nez, le sinus et la bouche.

Les séquestres ainsi mobilisés peuvent atteindre deux centimètres de largeur. « La muqueuse est épaissie, hérissée de granulations, de petits tubercules gris jaune du volume d'une lentille » ; elle est ulcérée, couverte d'un exsudat purulent auquel se mêlent de petits séquestres. L'examen histologique montre un « tissu infiltré de cellules rondes (cellules épithéliales et quelques rares cellules géantes, par places les cellules présentent des signes de dégénérescence graisseuse avec disparition des noyaux ». Les bacilles de Koch sont nombreux.

A côté de cette forme nécosante, on doit placer la forme ostéo-myélitique dans laquelle les lésions osseuses sont aussi très étendues. Ici les lésions débutent probablement par le processus alvéolaire, l'os spongieux se nécrose et de nombreux petits séquestres s'éliminent avec un pus fétide, épais, soit par la fosse nasale, soit par une fistule siégeant constamment sous la paupière inférieure. Cette forme diffère

peu de « l'empyème du nourrisson » sinon par la présence de bacilles dans le pus.

Enfin, dans quelques cas très rares, la tuberculose peut prendre une allure néoplasique. L'aspect peut varier. Dans un cas on trouve une masse unique distendant le sinus maxillaire, tendant à s'ouvrir une voie au dehors, cette tumeur est rougeâtre framboisée, son point d'attache est toujours nettement limité, le reste de la muqueuse étant sain. Dans d'autres cas, la lésion a débuté au niveau du squelette et s'est étendue à la muqueuse, on trouve une masse de tissu fongueux dans les cavités du sinus et dans la fosse nasale de nombreuses masses pédiculées polypoïdes de couleur rougeâtre, de consistance dure; l'examen histologique montre une grande quantité de cellules géantes dans les polypes, et des formations tuberculeuses typiques contenant peu de fibres conjonctives, dans les fongosités.

Collet a montré dans son observation une association de cylindrome typique ayant distendu les parois du S. M. et les ayant complètement usées en plusieurs points, et de fongosités tuberculeuses constituées par du tissu de granulation avec de nombreuses cellules géantes et cellules épithélioïdes.

Symptômes et Formes cliniques

Aux diverses formes anatomiques correspondent des types cliniques.

La plus intéressante est la forme larvée correspon-

dant à l'atteinte simple de la muqueuse. On peut écrire à son sujet ce que Moure et Brindet écrivaient de la tuberculose nasale : « Aucun indice ne permet de songer à l'existence de bacilles de Koch dans la muqueuse; il s'agit plutôt d'une découverte microscopique que d'une affection possible à décrire ». Sa symptomatologie est extrêmement banale ; les malades mouchent du pus en abondance variable, présentent de temps en temps de l'obstruction nasale, des céphalées, des névralgies passagères, quelquefois de l'œdème de la paroi; à l'examen, on trouve du pus dans le méat, de petits polypes muqueux, un cornet hypertrophié. La ponction donne issue à un pus d'apparence banale et on commence un traitement par les lavages. L'état s'améliore mais les lavages doivent être constamment répétés. Devant la persistance des symptômes on pratique un curettage du sinus. On trouve une muqueuse épaissie, fongueuse, quelquefois couverte de granulations dont l'examen bactériologique et histologique montrent les caractères tuberculeux.

Cette forme est la plus intéressante cliniquement, car si elle présente le minimum de symptômes, c'est elle qui constitue quelquefois chez un sujet en apparence sain, la première manifestation de la tuberculose.

La forme la plus fréquemment décrite est celle qui se présente comme une sinusite chronique avec atteinte osseuse et fistulisation. Il s'agit de malades en bonne santé apparente quelquefois, mais présentant le plus souvent une localisation tuberculeuse pulmo-

naire ou autre, chez qui se sont constitués peu à peu des signes de sinusite.

Si l'on excepte les quelques cas où la sinusite maxillaire a été occasionnée par des lésions tuberculeuses nasales, on peut considérer le début alvéolo-dentaire comme la règle. Il s'agit ou bien de malades ayant subi une avulsion dentaire et dont la plaie buccale ne guérissait pas, ou bien de malades chez qui apparaît en dehors de tout traumatisme dentaire, une ulcération gingivale. Cette ulcération à évolution torpide détruit peu à peu l'apophyse alvéolaire ou la paroi de la fosse canine. Le sinus infecté se met alors à supurer. Mais ce qui inquiète les malades n'est pas tant le mouchage perpétuel de pus, que l'apparition d'une neuralgie faciale ou dentaire tenace ou encore la formation de fistules. Les fistules souvent multiples s'ouvrent soit dans la bouche par la fosse canine (Collet) ou par le canal alvéolaire (Demme), soit à la peau, un malade de Vernieuwe perdait depuis huit mois du pus par le nez et par deux fistules l'une sous-palpébrale, l'autre en pleine région jugale.

Si l'on n'intervient pas ou si l'on se contente d'une intervention conservatrice, les symptômes resteront les mêmes pendant longtemps dans les cas favorables où l'état général reste bon.

Si l'état du malade devient mauvais, les lésions évoluent quel que soit le traitement employé, les ulcérations s'étendent, l'os se nécrose et s'élimine, et l'on peut voir alors le tableau de ces délabrements considérables du squelette facial, dont le malade de Réthi nous offre un exemple.

Observations de Réthi, Koschier, Collet, Neumayer, Neufield, Brindel, Weinberger...

Les sinusites ethmoïdales et sphénoïdales se révèlent par des signes un peu différents : obstruction nasale, rhinite purulente, le pus est parfois caséeux, les malades se plaignent de céphalées continues; l'examen montre une fosse nasale encombrée de polypes, les cornets subissent la dégénérescence polypoïde. Dans cette localisation l'évolution est plus rapide, hâtée par l'extension du processus destructif à la base du crâne et aux méninges.

Chez le nourrisson, la sinusite maxillaire ou pour mieux dire l'ostéo-myélite tuberculeuse du maxillaire supérieur est selon Avellis plus fréquente qu'on ne croit. Elle débute dans les premières semaines qui suivent la naissance par quelques phénomènes généraux et l'obstruction nasale, puis les téguments de la joue se gonflent, deviennent chauds, douloureux, les paupières s'œdématisent; bientôt se produit un écoulement de pus par la narine et par les fistules qui se sont formées dans la région alvéolaire et sous-palpébrale — cette dernière est constante et produit par cicatrisation la formation d'un ectropion — par ces orifices le stylet tombe sur un os dénudé qui s'élimine sous forme de petits séquestres. L'examen du pus montre quelques bacilles de Koch. Un curettage est suivi de guérison au bout de plusieurs mois.

Enfin, la tuberculose du sinus maxillaire a pu présenter dans quelques cas (ce sont ceux de Dörner, Guyot Z., Bourgeois et Bouchet, Collet) l'apparence d'une tumeur.

Ces malades présentaient tous des antécédents tuberculeux précis. Ils venaient consulter pour des troubles qui rappelaient parfois étrangement les symptômes d'une tumeur maligne du sinus : petites épistaxis à répétition, ou bien névralgies faciales ou dentaires intenses, ou bien des signes d'augmentation de volume du sinus, déformation des parois, obstruction nasale, gonflement et infiltration de la joue. L'examen montrait une narine obstruée soit par un ou plusieurs polypes d'apparence assez particulière, durs, rougeâtres, saignant facilement, soit par un refoulement en masse de la paroi interne du sinus contre la cloison. La diaphanoscopie montrait un sinus totalement obscur dans la majorité des cas, la radiographie précisait en mettant quelquefois en évidence une perte de substance de la paroi osseuse. Enfin il n'était pas rare de trouver une adénopathie sous-maxillaire qui favorisait l'illusion (Schencke, Bourgeois et Bouchet, Jones).

Collet résume ainsi les observations de Guyot :
« Une femme de 25 ans, enceinte de trois mois, non tuberculeuse, souffre depuis trois mois d'obstruction nasale gauche. La rhinoscopie montre une tumeur rouge sombre, framboisée, couverte de mucus par places, saignant au moindre contact, assez mobile, paraissant venir du cornet ou du méat moyen. Le sinus maxillaire est clair, sa ponction est négative. La tumeur se laissa morceler et donna alors l'impression d'un fibrome mou peut-être sarcomateux par places. L'ouverture du sinus par la fosse canine montra que l'angle postéro-interne était occupé par une masse

granuleuse qui se prolongeait dans la fosse nasale sous forme d'une tumeur à travers l'ostium, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tuberculose. Un mois et demi après l'intervention, accouchement au septième mois et mort par tuberculose aiguë.

Femme en traitement pour ostéite tuberculeuse et présentant une tuméfaction douloureuse d'une moitié de la voûte palatine: on résèque le maxillaire et on trouve dans le sinus une tumeur de la grosseur d'une noix dont l'anatomie pathologique montra la nature tuberculeuse ».

Dørner décrit aussi un cas de tumeur bacillaire emplissant la fosse nasale gauche et ayant envahi le sinus du même côté. La tumeur paraissait insérée à la paroi latérale de la fosse nasale et avait proliféré dans tous les sinus d'une part, et dans la cloison de l'autre.

Diagnostic

Parmi ces formes, il en est dont le diagnostic sera facilement établi.

Dans la sinusite compliquée d'ostéite et de fistules on peut éliminer l'ostéo-myélite qui est rare chez l'adulte ; la syphilis tertiaire peut provoquer des lésions osseuses mais un traitement spécifique atténuera vite les symptômes. L'actinomycose peut aussi déterminer l'apparition d'ulcérations gingivales ; dans sa forme térébrante, l'os est bourré de fongosités mollasses et de granulations, la cavité communique avec l'extérieur par une ou plusieurs fistules. L'os s'aminuit et se détruit, Poncet a vu la cavité buccale communiquer par une perte de substance énorme avec l'orbite, le sinus maxillaire, la fosse ptérygo-maxillaire et les fosses nasales. Mais dans ce cas, on n'observe pas de formation de séquestres, l'examen pulmonaire ne montre pas de lésions tuberculeuses, enfin le pus contient des éléments caractéristiques bien différents des bacilles de Koch.

S'il s'agit d'un nourrisson, le diagnostic sera délicat, on ne pourra guère se fier à l'examen clinique ni à l'évolution de la maladie. La découverte du bacille dans le pus sera toujours une surprise car aucun

symptôme clinique ne pouvait faire penser à autre chose qu'à une ostéo-myélite banale.

Mais c'est dans la forme larvée que le diagnostic prend tout son intérêt, une grande perspicacité sera nécessaire ici. Nous avons dit que ces sinusites n'ont jamais été considérées, du moins au premier examen, comme tuberculeuses; dans tous les cas connus, ce n'est qu'après une première intervention légère ou complète que le médecin s'est posé le problème de la tuberculose du sinus devant une sinusite récidivante ou rebelle au traitement habituel. Ce premier point est à retenir : devant une sinusite rebelle au traitement ou qui, après une intervention correcte, se reproduit, il faut penser à la tuberculose ou à la syphilis, une examen du pus, un examen sérologique et un traitement d'épreuve trancheront facilement le diagnostic. Il est à noter que, dans ces cas, l'état général est toujours atteint : température subfébrile, amaigrissement, pâleur, sans qu'on puisse incriminer une autre localisation tuberculeuse.

Mais existe-t-il des symptômes cliniques capables d'attirer l'attention du côté de la tuberculose, et d'amener le médecin à pratiquer un examen anatomique et bactériologique du pus ou de la muqueuse malade ?

Il faudra d'abord examiner complètement ces malades et les interroger au sujet de la tuberculose non seulement sur leurs antécédents personnels, mais aussi héréditaires, car dans tous les cas de sinusite publiés, l'hérédité des malades était entachée de tuberculose.

La palpation attentive des parois du sinus peut ré-

véler un point douloureux osseux (Gaudier). Les névralgies du nerf maxillaire supérieur ou du nerf dentaire sont rencontrées presque constamment dans ces formes, qu'elles résultent d'une atteinte osseuse ou qu'elles soient une simple réaction de voisinage, leur apparition est un bon signe : la malade de Demme atteinte depuis plusieurs années de sinusite fistulisée dans un canal alvéolaire fut amenée à consulter par l'apparition d'une névralgie tenace. Les malades de Gaudier, de Frey, de Vernieuwe souffraient tous de névralgie faciale. D'ailleurs ces douleurs étaient chez les uns passagères, chez d'autres elles se faisaient remarquer par leur intensité ou leur tenacité. Dans les formes qui évoluent depuis longtemps, l'examen rhinoscopique peut montrer soit des polypes dans le méat moyen, soit une dégénérescence polypoïde des cornets (Gaudier). Vermieuwe rapporte le cas d'une malade porteuse d'une ethmoïdite ancienne reconnue plus tard d'origine tuberculeuse, qui avait subi à plusieurs reprises l'ablation de polypes muqueux. Collet cite le cas de Panse : « Jeune fille de 16 ans opérée plusieurs fois de polypes du nez et devenue soudainement aveugle. L'ouverture des sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux montra des séquestres. A l'examen microscopique on trouve des cellules géantes (le traitement spécifique n'avait donné aucun résultat) ». Gerst rapporte aussi deux cas de sinusite ethmoïdale ayant donné lieu à la formation de masses polypeuses. Enfin Bourgeois et Bouchet signalent la présence de nombreux polypes distendant et obstruant la fosse nasale ; mais ces polypes présentaient un aspect anor-

mal: couleur rougeâtre, consistance dure. Jacques insiste sur la signification hérédo-syphilitique ou tuberculeuse des polypes ethmoïdaux. Malgré l'apparente banalité de ce symptôme on peut penser que dans nombre de cas il a été le seul à manifester une sinusite tuberculeuse silencieuse.

Vernieuwe, dans un article récent sur les sinusites tuberculeuses, insiste sur l'adénite cervicale à laquelle il attribue une grande valeur. On sait que les affections du sinus maxillaire s'accompagnent rarement de réaction ganglionnaire, ce signe n'apparaît qu'au cours des néoplasmes et encore à une période avancée de leur évolution. Les lymphatiques des sinus sont peu connus ; André, qui en a fait une étude complète, les fait aboutir aux mêmes ganglions que ceux des fosses nasales, c'est-à-dire un groupe rétropharyngien et un groupe cervico-carotidien. Il constate de plus que leur réseau est très riche dans la région alvéolaire. Vernieuwe ne peut s'empêcher de rapprocher ce fait des conclusions apportées à l'étude étiologique des adénopathies cervicales tuberculeuses par Starck, Morgan et quelques autres auteurs. D'après ces derniers, les adénites cervicales tuberculeuses trouveraient leur cause dans les lésions des dents et des gencives, puis des amygdales et du nasopharynx. « Morgan trouve que sur 70 % des enfants portant des caries dentaires, les ganglions enflammés correspondent aux dents malades. Si l'on veut bien considérer que les lymphatiques du sinus aboutissent en partie du moins aux mêmes groupes ganglionnaires que ceux des dents du maxillaire supérieur, on ne

sera pas étonné de trouver des adénites sous-maxillaire ou cervicale dans les sinusites tuberculeuses. Un engorgement ganglionnaire cervical qui ne trouve d'autre explication que l'existence d'une sinusite chronique, doit faire soupçonner la nature tuberculeuse de cette sinusite. » Un certain nombre d'auteurs, Schenke, Starck, Schuster, Poulard, Jones, ont signalé l'existence d'adénite dans leurs observations de tuberculose des sinus. Vernieuwe apporte deux observations personnelles assez éloquentes.

« Malade de 40 ans, bonne santé générale, opérée de sinusite maxillaire. Coexistence de sinusite ethmoïdale. La suppuration ne tarit point et persiste encore. Au cours de l'évolution une adénite cervicale préexistant à l'opération subit un coup de fouet. Ablation : tuberculisation du cobaye. 3 ans après tuberculose pulmonaire. — Autre fait : Malade de 36 ans, ethmoïdite ancienne, ablation à diverses reprises de polypes muqueux. L'adénite cervicale discrète et indolore depuis longtemps se met à suppurer au cours d'un évidemment ethmoïdal par les voies naturelles : tuberculisation du cobaye, cellules géantes dans les granulations. »

Ces observations montrent parfaitement de quel secours peut être la constatation d'une adénite cervicale pour le diagnostic de tuberculose, et la valeur de ce symptôme ne saurait être mise en doute. Malheureusement il est assez rare de le trouver et surtout l'apparition de l'adénite peut aussi dépendre d'une otite (Schenke, Bourgeois et Bouchet). Bien que sa valeur soit ainsi amoindrie du fait de sa présence

au cours des sinusites syphilitiques, sa découverte est un avertissement sérieux qui orientera la recherche vers l'une ou l'autre de ces affections.

Dans certains cas le diagnostic a pu se poser avec une tumeur maligne du sinus soit en raison de l'adénopathie, soit en raison de l'augmentation de volume du sinus.

Pour Jones, la présence de ganglions sous-maxillaires, les hémorragies répétées avaient favorisé l'illusion. Dans l'observation citée par Guyot, il s'agissait d'une femme en traitement pour une ostéite tuberculeuse et présentant une tuméfaction douloureuse d'une moitié de la voûte palatine, on résèque le maxillaire et on trouve une tumeur de la grosseur d'une noix de nature tuberculeuse.

Dans la seconde observation de Guyot, le diagnostic porté avait été aussi celui de tumeur maligne de la partie postéro-interne du sinus ayant envahi la partie postérieure de la fosse nasale ; le sinus était transparent, on n'avait pas d'adénopathie ; la malade n'avait pas de signe de tuberculose. Le diagnostic histologique seul trancha la difficulté.

Dans le cas de Collet on avait les symptômes d'une tumeur extensive du sinus : névralgies, refoulement des parois, obstruction nasale, mais absence d'adénopathie, d'hémorragies, de suppuration nasale. Le diagnostic se posait entre la tuberculose et un kyste du sinus, hypothèse contredite par le peu d'écoulement du liquide à la ponction, l'usure osseuse des parois et les antécédents tuberculeux.

Dans le cas de Bourgeois et Bouchet, le diagnostic

se posait entre la syphilis étendue au sinus et le néoplasme en raison de la tuméfaction dure de la joue et des lésions endonasales, adénopathie, mais ici encore les antécédents tuberculeux, rougeole, otomastoïdite, l'absence de signe sérologique de syphilis, orientaient le diagnostic.

Enfin les périostites alvéolo-dentaires, les accidents de la dent de sagesse peuvent simuler la sinusite, mais leur évolution aiguë, et un examen rapide de la cavité buccale et du nez éviteront l'erreur.

En somme, nous trouvons peu de signes cliniques capables d'affirmer l'origine tuberculeuse d'une sinusite, ce sont plutôt des signes de probabilité tendant à limiter le diagnostic entre la tuberculose et la syphilis ; à ce titre ils ont déjà une grande valeur et méritent d'être retenus. Seules la découverte du bacille de Koch dans le pus ou les granulations de la muqueuse, la présence de cellules géantes avec bacilles, pourront faire affirmer le diagnostic.

Pronostic

Ces sinusites évoluent de façon tout à fait différentes selon leur forme. Leur évolution et leur pronostic dépendent du terrain, de la localisation de la sinusite, du traitement employé.

Malgré le traitement chirurgical le plus complet, les sinusites maxillaires ou frontales accompagnées d'ostéite et de fistules, survenues chez des individus dont l'état général est déjà gravement altéré par la tuberculose pulmonaire, n'auront aucune tendance à se tarir. Les lésions osseuses évoluent lentement et le malade est emporté par les progrès de l'affection pulmonaire.

Si au contraire, la localisation tuberculeuse sinusale est primitive, et surtout si le seul sinus atteint est le sinus maxillaire, on pourra espérer beaucoup d'un curettage complet et d'un traitement médical qui mettra le malade en état de meilleure résistance. Les malades de Gaudier, Coackley, Keckwick, Frey, Vernieuwe, Demme, ont été ainsi guéris de façon définitive.

Dans les cas où les autres sinus étaient atteints, on ne signale qu'une seule guérison : celle de Frey. Les

autres malades gardent leur suppuration ou sont transportés par une complication. Obs. 3 et 4 de Vernieuwe : ethmoïdites anciennes continuent à suppurer. Obs. de Pansé : atteinte des 4 sinus, mort par méningite. Obs. de Schencke : sinusite frontale fistulisée, mort par méningite consécutive à une mastoïdite tuberculeuse. Obs. de Bourgeois et Bouchet : sinusite ethmoïdale et maxillaire : même terminaison.

L'évolution est inconnue dans les cas de Frank et Kunze, de Vohsen, de Moulonguet et Perrier, et de Levine.

Les auteurs s'accordent pour pratiquer le traitement chirurgical aussi complet que possible. Gleistmann : « Il doit être radical : parties molles, os cariés, tout doit être enlevé. Il faut faire table rase de la surface infectée. Il faut soutenir l'état général... »

Frey : « L'intervention chirurgicale est seule de mise ici. » Lorsque les conditions paraissaient favorables : atteinte du sinus maxillaire seul, peu de lésions osseuses, pas d'autre localisation, la guérison n'est survenue qu'après le curettage du sinus. Seul Vernieuwe nous apporte un cas (obs. I) de guérison locale complète après un traitement par lavages continus et abondants durant trois mois.

Dans tous les autres cas il a fallu, après des lavages fréquents qui n'amenaient qu'une amélioration passagère, en venir à la trépanation du sinus.

Dans les rares sinusites frontales traitées chirurgicalement, on ne sait ce qu'aurait été le résultat, car

les malades ont succombé du fait de localisations différentes.

Dans les sinusites ethmoïdales, on devra se contenter d'assurer un bon drainage et d'un traitement général.

Observations

OBSERVATION I

GAUDIER

Revue Hebdomadaire de Laryngologie, n° 44, 1897.

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui mouche du pus par la narine gauche.

Antécédents. — Père atteint de tumeur blanche du genou, sœur morte de méningite tuberculeuse ; personnellement longue bronchite. Pas de syphilis.

Depuis quelques années, le malade présentait un mouchage abondant purement muqueux du côté gauche. Depuis 8 mois il mouche du pus, la joue gauche s'est gonflée, et des névralgies maxillaire supérieur et dentaire supérieur gauches se sont manifestées. En juillet 1896 les sécrétions deviennent férides de temps en temps.

A l'examen. — Narine gauche à peu près imperméable. Cornet inférieur polypoïde. Dans le méat moyen, pus et petits polypes, le pus réapparaît rapidement après le nettoyage. Pas d'ulcération de la muqueuse. Rhinoscopie postérieure : queue de cornet un peu grosse. Bouche : pas d'ulcération, dents en mauvais état en haut. Diaphanoscopie : obscurité du sinus maxillaire. La ponction est positive.

Traitement. — Perforation alvéolaire au niveau de la première molaire, lavages quotidiens au phénosalyl.

Examen du pus. — Petits séquestres osseux. Bacilles de Koch. Inoculation au cobaye positive.

Deux mois après. — Plus de névralgie ni d'œdème, mais la répétition quotidienne des lavages est nécessaire.

A la palpation, on note la présence d'un point douloureux osseux dans la fosse canine.

L'état de la fosse nasale est amélioré, mais on constate l'apparition d'une ulcération saignotante sur le cornet.

L'état général est mauvais : inappétence, fatigue générale. Obscurité respiratoire du sommet droit.

Traitement. — Injection de glycérine iodoformée au 50°. Attouchement du méat moyen à l'acide lactique.

Un mois après, devant la persistance de la suppuration, on décide de pratiquer une intervention chirurgicale :

Paroi antérieure mince, on la détruit antérieurement. Le sinus est plein de pus et de masses fongueuses et molles qu'on curette complètement, la paroi interne du sinus s'effondre facilement, l'hémorragie est abondante. Tamponnement.

Drainage bucco-nasal à la gaze.

Plus d'hémorragie, pas de fièvre. On répète les pansements tous les deux jours pendant 2 mois 1/2.

Actuellement : le malade fait un lavage nasal quotidien, la narine est normale. Mouchage minime sans odeur, plus de névralgie. Reprise de l'état général.

L'examen histologique des fongosités montre dans du tissu embryonnaire quelques cellules géantes, le bacille de Koch n'a pas pu y être coloré.

OBSERVATION II

Observation de FREY

Revue hebdomadaire de Laryngologie de Moure,

N° 18, 30 sept. 1919

Mme G..., 36 ans, santé délicate, sans maladie grave jusqu'ici. Un frère mort de tuberculose pulmonaire. Pas d'affection des voies aériennes jusqu'à présent. Lues niée. Depuis le commencement de décembre 1917, écoulement purulent le matin par la narine droite. Céphalées intermittentes. Par moments obstruction nasale droite. Pas de fièvre, pas de symptômes pharyngés. Perte de l'odorat. A l'examen, léger gonflement des cornets à droite se rétractant bien sous l'adrénaline. Pas de sécrétion ni avant ni après l'aspiration.

A la diaphanoscopie, côté droit nettement plus sombre. Le lavage diaméatique ramène une petite quantité de pus. L'examen général ne décèle rien de particulier. Poumons et cœur sains. Rien dans les urines.

La malade est revue à fin décembre, présentant les mêmes troubles. A ce moment-là, le lavage du sinus soit par le méat inférieur, soit par l'orifice naturel, se trouve être impossible, de même qu'il y a impossibilité absolue à insuffler de l'air dans le sinus. Wasserman négatif.

Au début de janvier, pendant trois jours, au moment des époques, température élevée : 39°5.

12 janvier 1928 : Opération. Anesthésie locale suivant le procédé habituel. Large incision de la muqueuse de la fosse canine. Muqueuse du sinus très épaisse (1 à 2 cm.). Granulations grises molles de couleur bigarrée. Pas d'ulcérations. Toutes les parois sont recouvertes de granulations de même aspect. Curettage. On termine le Caldwell-Luc typique.

Suites opératoires naturelles. Plusieurs pièces prélevées dans la muqueuse sont envoyées à l'Institut pathologique de Lausanne, qui porte le diagnostic précis de tuberculose (tissu de granulations riche en lymphocytes, en fibroblastes, avec foyers circonscrits de cellules épithélioïdes, entouré d'une zone de lymphocytes très dense avec nécrose centrale par place et cellules géantes de Langhans). Pas de signe de tumeur.

25 janvier : Pas de pus dans le sinus. Température sub-fébrile.

10 février : Céphalées, amaigrissement. Gonflement diffus au niveau de la moitié supérieure de la cloison osseuse à droite. Muqueuse grise finement granuleuse. Au stylet cette partie gonflée paraît dure. Deux petites érosions recouvertes d'un enduit grisâtre. A la rhinoscopie postérieure, ce gonflement paraît nettement en contact avec la queue du cornet moyen. 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

18 février : Aucune modification. Début du traitement à la tuberculine de Koch.

10 mars : Etat stationnaire. Un prélèvement pour examen donne le même résultat : **tuberculose.**

Au début d'avril on constate une tuméfaction irrégulière du cornet moyen ; surface verruqueuse non ulcérée, saignant

très facilement à la sonde. Dans le méat moyen, plusieurs petits bourgeons du même aspect. La partie profonde du méat moyen et du méat supérieur est obstruée par l'infiltration de la cloison.

3 mai : Rhinotomie latérale d'après Moure. Incision curviligne partant du milieu du sourcil, pour aboutir au sillon nasogénien, les parties molles étant réclinées fortement des deux côtés. Résection de l'apophyse montante du maxillaire et de l'os nasal droit, très aminci et très friable jusqu'à l'ouverture piriforme. La muqueuse nasale se trouve être fongueuse. On enlève la partie antérieure de la lame papyracée. Ablation complète de l'éthmoïde antérieur et postérieur. Parois des cellules minces friables, recouvertes de fongosités, caséifiées par places. Pas de pus libre. Le sinus sphénoïdal paraît sain. Ablation des deux tiers postérieurs de la cloison. On enlève la paroi antérieure du sinus frontal, lui-même étroit et très profond, dont la muqueuse présente le même aspect. La cavité volumineuse est ensuite tamponnée de façon serrée à la gaze iodoformée. La plaie est réunie par première intention. Séances consécutives de rayons X. La malade, revue au bout de huit mois, ne présentait à ce moment aucun signe de récurrence.

OBSERVATION III

VERNIEUWE

Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique

Garçon de 9 ans. Quoique chargé d'hérédité paternelle et ayant un état général assez précaire, l'enfant ne présente aucune lésion pulmonaire tuberculeuse. Carie des incisives mal venues. Les dents en regard du sinus maxillaire ne présentent aucune lésion. Cet enfant perd depuis huit mois du pus par le nez et par deux fistules débouchant sous le rebord inférieure de l'orbite, une près de la paupière inférieure, qui est légèrement en ectropion, l'autre en pleine région jugale.

Le début du mal fut brusque, quoique non fébrile aux dires de l'entourage et peu douloureux ; la douleur apparut quand

un gonflement de la joue annonça aux derniers mois l'apparition des fistules.

Une dent en regard du sinus maxillaire fut enlevée et l'autre ouverte au moyen du perforateur de Lermoyez. L'eau injectée par la paroi alvéolaire sort à la fois par le nez et la double fistule jugale.

Je fis faire l'analyse du pus en signalant le soupçon de la nature tuberculeuse du mal, soupçon basé sur la polyfistulisation du foyer purulent. Le résultat fut positif.

De larges irrigations — deux litres d'eau bouillie à chaque séance — furent faites par le trajet alvéolaire deux fois par jour ; l'entourage avait mis l'enfant dans les conditions hygiéniques les meilleures, et la guérison complète et définitive put être constatée après trois mois de traitement. J'ai appris trois ans plus tard que l'enfant venait de subir une résection du genou pour tumeur blanche.

OBSERVATION IV

VERNIEUWE

Joseph N..., 45 ans, employé du télégraphe. Tuberculeux pulmonaire avéré, ayant eu plusieurs hémoptysies — dents saines — consultait depuis plusieurs semaines pour une douleur névralgique faciale droite ayant débuté avec brusquerie. Présence de pus abondant dans le méat moyen droit. La diaphanoscopie et la radiographie confirment l'existence d'une highmorite. Les autres sinus sont sains.

Opération de Caldwell-Luc. La paroi de la fosse canine est amincie et cède sous la gouge par une faible pression. Le sinus contient d'abondantes granulations molles, pâles, fongueuses, le pus y est abondant, peu épais. L'hémorragie est peu importante. L'aspect des granulations me fait demander un examen anatomo-pathologique qui confirme pleinement mes soupçons : « Epithelium exfolié en maints endroits, infiltration considérable de petites cellules pénétrant dans les couches profondes de la muqueuse ; dans ce tissu infiltré, présence de cellules géantes, mais sans bacilles de Koch », qui sont par contre signalés dans le pus.

Mon opéré ne guérit pas. Pendant quatre ans le pus, peu

abondant, il est vrai, continua à s'échapper par la brèche nasale ; de temps en temps un petit séquestre fut éliminé. La tuberculose pulmonaire continua à le miner.

OBSERVATION V

COLLET

Précis d'oto-laryngologie avec applications à la neurologie.

Voici un cas qui paraît avoir débuté sous l'apparence d'un abcès dentaire et où les lésions osseuses étaient remarquables par leur multiplicité, au point que le sinus était ouvert à la fois par la fosse canine, la voûte palatine et le méat inférieur.

Homme de 45 ans, ouvrier d'usine, soigné à l'Hôtel-Dieu pour bronchite, entré dans mon service le 9 février 1919. Submatité des deux sommets, à droite signes cavitaires, à gauche signes de ramollissement. Il y a trois semaines, « abcès dentaire » à la mâchoire supérieure droite, crachement de pus pendant 5 ou 6 jours, puis d'ouleurs vives lancinantes dans le maxillaire supérieur. Il y avait à ce moment une température de 39°5, et on constatait sur la voûte palatine, à droite, une tuméfaction rouge ainsi qu'une fistule avec écoulement de pus dans le sillon gingivo-labial supérieur. A l'entrée dans le service, la température est tombée à 38°5, la tuméfaction du palais a considérablement diminué et le malade a craché du pus toute la nuit.

Deux jours après, sous-anesthésie au mélange de Billroth, trépanation du sinus maxillaire. Peu de pus à l'incision, le foyer s'étant vidé par la fistule canine. Dès la rugination on voit des fongosités sans pus apparaître à la partie la plus interne de la fosse canine.

Trépanation : La rondelle osseuse enlevée, le sinus apparaît plein de fongosités sans pus ou à peu près, elles sont enlevées à la pince de Luc ou avec des tampons de gaze, elles sont circonscrites par une membrane pyogène qui est enlevée jusqu'à l'os. Au cours de ce travail on constate : 1° que la saillie au niveau de la voûte palatine correspond à une solution de continuité osseuse (la muqueuse se laisse déprimer avec le doigt) ; 2° que la paroi sinusale correspondant au

méat inférieur fait défaut, il y a là une large brèche allongée par laquelle on passerait le pouce. Entre l'orifice de perforation spontanée et la perte de substance ci-dessus, il n'y a pas de pont osseux, de telle sorte que la lésion a spontanément et largement réalisé l'opération de Denker. Tamponnement serré à la gaze.

5 mars : Par la plaie gingivo-labiale incomplètement fermée, on aperçoit le sinus parfaitement lisse sans fongosités. La saillie palatine s'est beaucoup affaissée, mais la muqueuse garde encore de l'hyperémie. Hypertrophie suspecte au niveau et au-dessus de la tête du cornet inférieur : cautérisation au galvano-cautère et à l'acide lactique.

25 mars : Mort après quelques jours de toux violente et de fièvre élevée.

Autopsie. — Tubercules nombreux dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche. Mêmes lésions à droite où le sommet présente de plus trois cavernes dont une du volume d'un œuf de dinde remplie de pus et les deux autres du volume d'une noisette. Larynx normal. Foie normal. Quelques ganglions trachéo-bronchiques.

OBSERVATION VI

RÉTHI

Il s'agit d'un homme de 31 ans.

Antécédents : Père mort de crise cardiaque. Mère et sœur bien portantes. Le malade est indemne de syphilis.

Le malade tousse depuis 8 ans et présente de temps en temps quelques hémoptysies légères. En 1887, apparition de laryngite. En 1888 (octobre), ulcérations tuberculeuses des cordes vocales, affaiblissement de l'état général, signes de tuberculose du sommet gauche.

En octobre 1890, le malade raconte qu'on a dû lui extraire des dents cariées et des racines, ces racines étaient accompagnées d'esquilles osseuses ; par la suite les alvéoles ne se sont pas refermées et une ulcération s'est constituée remarquable par la netteté de ses limites.

A l'examen : Lésions laryngées stationnaires, en extension au niveau du poumon. Dans la cavité buccale on remarque au niveau des alvéoles du maxillaire supérieur gauche, une perte de substance étendue depuis la deuxième incisive jusqu'à la première molaire avec maximum de profondeur aux points d'implantation de la canine et de la première prémolaire par où les esquilles ont été éliminées. L'ulcération a un caractère atone, le fond est pâle, avec des saillies irrégulières, revêtu d'une couche mince de pus gris jaune caséeux par places, les bords sont mous, anfractueux, sapés de ci de là, pourvus de petits tubercules isolés ou groupés.

Biopsie : Tissu infiltré de cellules rondes, quelques cellules géantes, par place les noyaux ont disparu, on trouve des bacilles de Koch en petit nombre.

Le traitement à l'iode de potassium ne donne aucun résultat. Les curettages répétés avec application d'acide lactique ne donnent qu'un résultat passager. L'ulcération s'agrandit, de nouveaux séquestres s'éliminent.

En 1891, apparaît l'obstruction nasale et l'on peut constater une communication entre la cavité nasale et le sinus.

Au maxillaire supérieur gauche manquaient toutes les dents de la première incisive à la deuxième molaire ; la perte de substance intéressait le processus alvéolaire dans toute son épaisseur, il manquait aussi un segment du palais osseux. On pouvait voir la face externe du cornet inférieur et avec un stylet pénétrer dans le sinus. L'imperméabilité de la narine gauche venait de l'épaississement uniforme de la muqueuse du cornet inférieur qui, par sa tête, bouchait toute la narine et empêchait l'examen des formations profondes. La cocaïne n'eut à peu près aucun effet.

L'ulcération augmentait, le rebord alvéolaire disparut complètement, la perte de substance atteint la ligne médiane.

Le 6 mars 1892, tout l'abcès fut nettoyé à l'aide d'un caustique, une partie du palais osseux fut enlevée à la gouge. Hémorragie importante.

Le 19 mars l'opéré partit avec une perte de substance bourgeonnante et un os nécrosé quoique tenant bien en place encore.

Dans la suite la cicatrisation se fit par places et comme la parole était devenue incompréhensible et la déglutition gênée du fait que les aliments pénétraient dans le nez, on mit en place un dentier avec obturateur approprié. Peu de temps après la perte de substance se recouvrit de bourgeons pâles atones, avec apparition de petits tubercules dont l'ulcération fut suivie d'écoulement abondant de pus. Derrière le sterno-cléïdo-mastoïdien apparut une adénite et le malade maigrit encore davantage.

A la fin de l'été l'état général du malade est meilleur, mais localement les lésions se sont étendues : la perte de substance est plus grande, de nouveaux séquestres ont été éliminés, l'adénite rétro-sterno-mastoïdienne a atteint le volume du poing. Ponction et injection modificatrice suivies d'amélioration.

En février suivant, l'aspect du malade est devenu très mauvais, grosses lésions pulmonaires et laryngées.

La communication entre les cavités buccale, nasale et sinusale s'étend de la deuxième molaire à la ligne médiane ou à peu près, le palais osseux du côté gauche n'existe qu'à l'état de traces ; l'ulcération dépasse la ligne médiane jusqu'à la deuxième incisive et en arrière atteint la deuxième molaire qui montre ses racines ; la perte de substance atteint aussi le septum dont la base osseuse se trouve en partie mise à nu de telle sorte que le stylet peut l'atteindre. Les bords de l'ulcération sont fortement injectés, épaissis, couverts de petits tubercules gris jaune du volume d'une lentille et qui paraissent incrustés. On peut même voir parfaitement une partie de la muqueuse du sinus ulcérée et couverte d'un exsudat purulent. Le cornet inférieur est directement accessible dans sa moitié antérieure. La rhinoscopie antérieure montre sur le plancher nasal une saillie exubérante rougeâtre le long de laquelle un stylet recourbé peut pénétrer dans la bouche.

En raison de l'état général lamentable, on se contente de lavages antiseptiques. Le malade est emporté peu de temps après.

OBSERVATION VII

RÉTHI

Il s'agit d'une femme de 28 ans, mariée depuis 7 ans, mère de 2 enfants : l'ainé est anémique et porteur d'adénite cervicale, l'autre est bien portant. Leur mère était en bonne santé jusqu'à ces dernières années. Son mari est tuberculeux pulmonaire avec expectoration bacillifère.

Il y a trois ans, apparition chez la malade de tuberculose ulcéro-caséuse d'un sommet. Depuis six mois, elle présente des lésions de laryngite et se plaint d'obstruction nasale droite. La rhinoscopie montre que l'obstruction est due à une escarre brunâtre du cornet inférieur ; après ablation on aperçut un point infiltré ulcéré en son milieu étendu du bord libre à l'insertion du cornet, le fond de l'ulcération était sarnieux, les bords déchiquetés et pourvus d'excroissances papillaires.

La biopsie montra des cellules rondes avec dégénérescence centrale, notamment au niveau du tissu sous-épithélial. Cellules géantes et bacilles de Koch.

On ne pratiqua pas de curettage et au début les cautérisations à l'acide lactique suffisaient à nettoyer l'abcès, mais rapidement ces applications n'eurent plus aucun effet : le pus réapparut, l'ulcération s'étendit en arrière et vers le méat moyen. Traitement au Baume du Pérou. Quelques mois après la malade est revue : l'état général restait le même, les lésions pulmonaires laryngées et nasales n'avaient pas progressé, mais la malade se plaignait de douleurs très vives au niveau de sa joue droite avec irradiations frontale et temporelle. Ces douleurs débutaient à 10 heures du matin et se terminaient à 1 heure par l'expulsion d'un bouchon caséux. Comme il n'y avait pas d'escarre au niveau du méat moyen, on soupçonna le sinus.

On ne put sonder l'ostium, mais la ponction par le méat inférieur ramena un pus épais et caséux, le lendemain les douleurs diminuèrent de façon considérable, et la malade accepta l'extraction de la deuxième molaire cariée. J'aurais préféré trépaner le sinus par la fosse canine, car je pensais à une affection tuberculeuse, mais je n'y pus décider la ma-

lade et trépanai donc le sinus par l'alvéole avec un trépan beaucoup plus fort que le modèle habituel, et après ablation avec une petite curette d'une grosse quantité de pus épais et caséux, je ramenai quelques débris de tissu avec des granulations permettant le diagnostic histologique de tuberculose sinusale. On commence un traitement par des lavages.

Quelques mois après la malade revient dans un état lamentable : maigreur squelettique, fièvre élevée, grosses lésions pulmonaires et laryngées. Localement la muqueuse du cornet inférieur était ulcérée sur toute sa longueur et recouverte d'une fausse membrane ; la fausse membrane enlevée, on pouvait introduire une sonde dans le sinus à travers une perforation. La muqueuse du septum était ulcérée sur une longueur de deux centimètres.

Exitus peu de temps après.

OBSERVATION VIII

BOURGEOIS et BOUCHET

Annales des Maladies de l'Oreille, 1922, p. 703.

G... Fernand, 8 ans, est amené à la consultation du service O.-R.-L. de l'hôpital Laënnec parce que sa joue est enflée et qu'il ne respire pas du tout du nez.

Né à terme de parents bien portants il s'est élevé facilement.

En 1917, il fit une rougeole dont il ne se remit jamais parfaitement. Un an après, otite suppurée double indolore.

En 1918, deux interventions sur les amygdales.

En 1919, évidemment petro-mastoïdien bilatéral, réintervention au bout de quelques mois, la cicatrisation fut très longue et ne se produisit pas pour le côté droit.

En même temps que l'affection auriculaire s'était manifestée de l'obstruction nasale qu'on avait négligée devant l'imminence du danger otitique — on avait cependant enlevé des végétations adénoïdes avant 1919.

En octobre 1919 apparaissent aux deux narines des polypes durs : ablation, récidiye.

En 1920 on en fait l'examen histologique qui montre des cellules géantes. Une opération radicale avait été refusée.

En février 1921 apparaissent des maux de tête presque permanents avec somnolence et perte d'appétit. Pas de fièvre, pas de signes méningés. L'examen montre :

Asymétrie très marquée de la face. Du côté droit gonflement considérable de la zone atteignant en avant l'aile du nez, en arrière l'oreille. Le nez semble dévié vers la gauche. Téguments blafards avec quelques veinosités. Pas d'œdème.

Au palper on a l'impression de résistance, de tuméfaction profonde, la même impression est recueillie par le doigt introduit dans le sillon gingivo-labial. On note également la présence de ganglions empâtés immobiles dans la région sous-maxillaire droite, un petit ganglion sous-maxillaire gauche.

L'orifice narinaire droit est élargi. La narine droite est entièrement comblée par une masse polypoïde, mais à la fois plus rosée et plus dure, on ne peut distinguer aucun détail. La narine gauche est complètement obstruée par la cloison qui, fortement déviée, aplatit la tête du cornet inférieur contre la paroi. Les narines sont encombrées d'un muco-pus abondant verdâtre, strié de sang. L'exploration à la sonde ne permet pas de délimiter la masse tumorale qui donne une sensation de fluctuation ou d'un tissu ferme selon les points.

A l'éclairage des sinus, tout le côté droit reste obscur.

Le cavum est libre. La vision est normale des deux côtés.

Les radiographies montrent que tout le côté droit (in-maxillaire, fosse nasale et sinus ethmoïdaux) est obscur.

Le Wasserman est négatif. Traitement au novarsénobenzol qui n'amène aucun résultat.

20 mars : L'état reste le même, nouveau B.-W. négatif. La biopsie montre un tissu essentiellement composé de cellules conjonctives et de lymphocytes avec quelques fibres conjonctives au milieu desquelles se trouve une grande quantité de cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes. Aucun point de caséification. Traitement iodo-ioduré intensif. Hyperleucocytose sanguine, formule normale. Intradermo-réaction à la tuberculine fortement positive.

4 avril : Céphalées sus-orbitaires continues. Pas de stase papillaire, vision normale.

7 avril : Intervention sous chloroforme.

En raison du gonflement de la joue et de l'examen radiographique, on pense que l'origine et le centre de la néoplasie est le sinus maxillaire avec envahissement secondaire des fosses nasales et de l'ethmoïde.

Incision dans le sillon gingivo-labial supérieur partant de son extrémité droite et atteignant la ligne médiane.

Rugination mise à nu du squelette et en particulier de la fosse canine et du bord droit du sinus piriforme.

Trépanation du sinus maxillaire dans la fosse canine : on a la surprise de le trouver à peu près libre, sauf en bas et en dedans où l'on constate que l'os est en grande partie remplacé par un tissu fongueux au milieu duquel les dents de remplacement sont comme bouleversées, sans ordre apparent, sans adhérence, au point qu'on les cueille avec une simple pince à griffes ou un coup de curette. Cette région du maxillaire est curettée jusqu'à trouver l'os d'apparence saine.

On prolonge alors l'incision au delà de la ligne médiane et on relève le vestibule nasal comme dans un Ronge. On agrandit l'ouverture du sinus piriforme, ce qui donne une large vue sur la fosse nasale.

Par la voie ainsi créée on enlève à la curette ou à la pince de Luc une série de fragments très volumineux, plus ou moins pédiculés, gris rosés, de consistance ferme et de structure macroscopique uniforme à la coupe.

On s'arrête quand on a l'impression d'avoir débarrassé toute la fosse nasale.

Suite favorable, cicatrisation de l'os maxillaire.

Examen histologique de la tumeur : Elle est limitée par un épithélium pavimenteux stratifié, aminci en certains points, détruit en d'autres points. Elle est constituée essentiellement par : quelques fibres conjonctives rares ; une grande quantité de cellules épithélioïdes à noyaux fortement colorés, irréguliers, de volume assez variable ; un certain nombre de lymphocytes irrégulièrement semés dans la tumeur ; de nombreuses cellules géantes avec des noyaux disposés en collerette ou en fer à cheval. L'intégrité des vaisseaux, la grande quantité de cellules géantes, bien qu'on n'ait pas pu mettre en évidence le bacille de Koch dans la lésion, imposent le diagnostic de tuberculose, réserve étant faite d'une mycose.

L'ensemencement sur milieu de Sabouraud reste négatif. L'inoculation au cobaye est positive.

Une quinzaine de jours après, l'enfant succombe avec des signes de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION IX

COLLET

Tuberculose et cylindrome du sinus maxillaire

Annales des Maladies de l'Oreille, juillet 1930, p. 760.

Le malade, homme de 55 ans, tisseur, est venu me consulter pour gêne respiratoire et nasale et névralgies de la joue gauche.

Antécédents : En 1920, on a pratiqué l'ablation de polypes des deux fosses nasales.

En 1927, pleurésie gauche avec épanchement nécessitant un séjour de sept mois au lit, et entraînant dans la suite une intense pachypleurite avec rétraction costale ; elle avait été précédée (Docteur Vitaut) d'entéro-péritonite et de péri-gastrite.

En novembre 1927, le malade a dû subir l'extraction d'une grosse molaire supérieure gauche, la paroi du sinus a été sans doute perforée car le malade a mouché du sang immédiatement et du pus pendant trois mois. Persistance de la douleur malgré les lavages. Trois mois après, apparition du côté gauche, sur le palais, d'une plaque rouge près de l'insertion du voile. Le mouchage par la fosse nasale gauche s'effectuait normalement.

Il y a 2 mois, le malade a remarqué, à la suite d'un grattage de dent cariée, une tuméfaction limitée à la fosse canine gauche et il y a un mois une tuméfaction molle au-dessus du rebord alvéolaire gauche correspondant aux grosses molaires. La fosse nasale gauche est obstruée depuis un ans.

Actuellement le malade est pâle, amaigri, affaibli au point qu'on remet l'opération à quelques jours plus tard. Il se plaint de douleurs névralgiques dans la région du sinus maxillaire gauche. La pression sur la fosse canine gauche est

douloureuse. Rhinoscopie antérieure : rien de particulier à droite ; à gauche, obstruction à peu près totale par le cornet inférieur fortement refoulé en dedans ainsi que toute la paroi externe de la fosse nasale, pas de pus. En plaçant un index sur la saillie de la fosse canine et l'autre sur la saillie molle qui surplombe le rebord alvéolaire, on perçoit nettement la fluctuation. Le palais présente à gauche, à la hauteur des dernières grosses molaires, un aspect irrégulier, comme s'il y avait eu là une érosion déjà réparée depuis, et d'ailleurs la muqueuse en ce point paraît normale.

Diaphanoscopie : Les 2 sinus frontaux sont également médiocres ; le gauche un peu plus clair toutefois. Le sinus maxillaire gauche est un peu plus obscur et en haut seulement au-dessous de l'œil ; le cul-de-sac conjonctival s'éclaire, aussi bien à gauche qu'à droite, mais la pupille droite est seule visible ; par contre les éclairs provoqués par un éclairage intermittent sont perçus seulement de l'œil gauche.

Ponction : Pas de pus, il s'écoule seulement un peu de sang et un peu de liquide filant ; on sent alors à la palpation de la fosse canine que la poche est partiellement dégonflée, et le doigt placé au-dessus du rebord alvéolaire, là où il percevait précédemment une tuméfaction molle, déprime la muqueuse et l'enfonce dans une perte de substance osseuse. L'analyse du liquide pratiquée par le Docteur Fouillouze, pharmacien-chef de la Charité, a montré une quantité de cholestérine correspondant à 1 gr. 20 par litre.

Radiographie : Le sinus maxillaire gauche et l'ethmoïde sont obscurs ; de plus, la perte de substance sus-alvéolaire est nettement visible.

Radioscopie du thorax : Diminution de la clarté dans tout le poumon gauche, du sommet à la base où cette obscurité est plus marquée ; à droite, ombre partant du hile mais s'étendant jusqu'à la périphérie. L'auscultation ne fait pas percevoir de signe de ramollissement pulmonaire.

21 janvier : Anesthésie par infiltration à la novocaïne à 1/100, additionnée de quelques gouttes d'adrénaline à 1/1000 (fosse canine et fosse pterygomaxillaire). La dénudation à la rugine de la face antérieure du maxillaire supérieur dans la fosse canine montre une paroi lisse donnant l'impression d'une vessie natatoire de poisson. Sa ponction n'évacue rien.

Son incision donne issue à un peu de liquide clair ; une incision plus profonde et plus large montre des masses gélatineuses, polypoïdes, saignant peu, pâles, très abondantes, au point de remplir totalement ce sinus distendu. Dans l'espoir de mieux enlever cette muqueuse dégénérée, je cherche partout un plan de clivage sans le trouver. Au total, il y a une dégénérescence d'aspect polypoïde sur un fond œdédié. L'ablation de cette muqueuse à la pince de Luc et de ces « polypes » montre que la paroi osseuse manque en plusieurs points :

1° Vers le plancher de l'orbite où je tombe sur le nerf sous-orbitaire ;

2° Au-dessus du rebord alvéolaire, vers l'emplacement de la deuxième grosse molaire ;

3° A la partie interne du sinus correspondant à la paroi externe de la fosse nasale ; en ce point je n'ai qu'à réséquer la muqueuse au bistouri pour établir la contre-ouverture du drainage nasal.

Enfin l'os manquait aussi en grande partie dans la fosse canine puisque, après la rugine, j'ai repris le bistouri pour inciser la paroi antérieure du sinus (au cours de cette opération je n'ai pas eu à toucher la gouge). Tamponnement superficiel de la brèche sinusale, pas de suture.

Les jours suivants, gonflement très modéré de la joue. Peu de suppuration. Les lavages antiseptiques ont ramené plutôt des caillots et d'ailleurs en faible quantité.

Un fragment de végétation adressé au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté (Professeur agrégé Martin) a montré un cylindre typique.

6 mars : L'ouverture pratiquée dans la fosse canine est réduite à un orifice étroit en forme de fente ; il n'y a plus de voussure et la fosse nasale est redevenue perméable. En raison de la faible malignité habituelle des cylindromes, je me borne à appliquer dans l'angle supéro-interne du sinus deux tubes de radium de 25 milligrammes. Pour cette application, j'ai dû inciser la muqueuse, de chaque côté de la fistule (sous anesthésie par infiltration), j'ai constaté que la cavité du sinus avait un aspect normal, sauf à sa partie supéro-interne où apparaissaient un polype arrondi et des fongosités également pâles. Le polype a été enlevé à l'anse froide et les

fongosités saisies à la pince de Luc, après quoi les deux tubes de radiûm roulés chacun dans de la gaze ont été mis en place et retirés 48 heures plus tard.

7 mars : La fongosité envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique s'est trouvée constituée par du tissu de granulation avec nombreuses cellules géantes et cellules épithélioïdes. On a alors envoyé au laboratoire l'une des nombreuses végétations conservées depuis la première intervention ; l'examen n'a pu y faire reconnaître autre chose que du cylindre typique.

Le malade a quitté le service le 11 mars.

Sa température n'a guère dépassé 37°5 durant son séjour à l'hôpital, sauf 38°1 le soir de l'intervention et 38° le lendemain soir ; son poids pris le 25 janvier et le 4 février était de 55 kilogs.

OBSERVATION X

AVELLIS

Munchener Medizinische Wochenschrift, 1898

De la tuberculose du maxillaire supérieur chez les enfants
pouvant faire croire à un empyème du sinus

L'auteur s'élève d'abord contre l'expression « empyème du sinus », car on n'a pas la symptomatologie de l'empyème (sauf l'écoulement nasal) et le sinus maxillaire a encore des dimensions minimales chez le nourrisson.

Toutes les observations publiées par les auteurs suivants : Ress, Spencer Watson, Moure, Graidenberg, présentent les mêmes caractères : formation de fistule sous l'œil, tuméfaction de l'os, érosion et formation de séquestres, exophtalmie.

« Je prétends qu'il s'agit de tuberculose du tissu spongieux du maxillaire... La formation des séquestres, la dénudation de l'os, la suppuration chronique, la formation des granulations, l'exostose d'origine périostique, la guérison lente avec élimination de séquestres, parlent suffisamment en faveur d'une tuberculose osseuse. Nous trouvons littéralement tous ces symptômes dans les trois histoires cliniques

rapportées, en sorte que nous croyons avoir parfaitement raison lorsque nous contestons à ces cas leur extrême rareté et leur titre d'empyème du sinus.

« Pour consommer les nombreuses preuves que j'ai données, je citerai un cas personnel qui fut également considéré par les médecins consultés comme un empyème :

Il s'agit d'un garçon de six semaines chez qui apparut un abcès sous la paupière inférieure gauche ; l'abcès se vide et l'on voit s'éliminer de nombreux petits séquestres à travers la fistule qui suppure beaucoup pendant que la joue enfle, en même temps se produit un écoulement purulent et fétide par le nez. A l'hôpital, le diagnostic d'empyème est porté et après incision on curette, on enlève granulations, séquestres et une dent cariée.

« Guérison de la plaie per primam, la fistule sous-palpébrale se ferme en se rétractant profondément avec formation d'un ectropion consécutif. La suppuration persiste par le nez, irrigations régulières. Comme il n'y eut pendant longtemps aucune modification — l'enfant avait atteint un an et quart — mon collègue Deustch m'appelle en consultation : la partie antérieure du maxillaire supérieur n'était plus que légèrement tuméfiée ; par contre, le palais osseux gauche bombait fortement dans la cavité buccale ; à la palpation, dureté uniforme, pas de ramollissement. Beaucoup de pus dans la narine gauche. Le stylet rencontre un plancher nasal rugueux dénudé et marqué de saillies pointues. Les unguis sont libres, de même que le canal lacrymal. L'examen ultérieur du pus montre la présence de bacilles de Koch évidents quoique rares. »

Conclusions

La sinusite chronique tuberculeuse est plus fréquente chez les tuberculeux, qu'on ne l'admet généralement, mais elle est souvent méconnue. On peut aussi la trouver chez des individus indemnes de tuberculose pulmonaire. Elle peut aussi se manifester de façon primitive avant toute autre localisation tuberculeuse cliniquement décelable.

Son diagnostic est délicat dans ces formes, il faut s'appuyer sur l'allure chronique et récidivante, sur la présence d'adénopathie sous-maxillaire, sur les névralgies tenaces qui l'accompagnent, sur la dégénérescence polypeuse de la pituitaire.

Méconnue elle peut causer l'infection tuberculeuse des poumons et par là constitue un réel danger pour le malade et son entourage.

Enfin diagnostiquée au début elle est parfaitement curable.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COLLET.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 7 Mars 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- M. ANDRÉ. — Les lymphatiques du nez. *Thèse de Paris*, 1905.
- AUFRECHT, d'après Gaillard et Noguét. *Deutsch. Archiv. f. Klin. Med.*, 1903.
- G. AVELLIS. — Tuberculose des maxillaires supérieurs chez le nourrisson. *Munchener Med. Wochenschrift*, n° 45, 1898.
- BOURGEOIS et BOUCHET. — Tuberculose osseuse des fosses nasales à forme de tumeur extensive. *Annales des maladies du nez, de la gorge et des oreilles*, juillet 1922.
- BRINDELS. — *Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 15 juin 1896.
- *Indépendance Médicale*, 15 juillet 1896 (cité d'après Collet).
- CABOCHE. — Tuberculose nasale et méat inférieur. Deux cas de tuberculose naso-lacrymale. *Annales...* 1906.
- Contribution à l'étude de la tuberculose de la pituitaire. Etude étiologique et clinique. *Annales...* 1907.
- CALMETTE. — L'infection tuberculeuse et la tuberculose chez l'homme et les animaux. Masson, 1920.
- COACKLEY. — Un cas de tuberculose de l'Antre d'Highmore. *Bulletin of the Medical Sciences*, 1902.
- COLLET. — Tuberculose des sinus de la face. *Lyon Chirurgical*, 1902.
- Tuberculose du larynx, du pharynx et du nez. Doin, 1903.
- Oto-laryngologie avec applications à la neurologie. Doin, 1928, p. 435.

- Tuberculose et cylindrome du sinus maxillaire. Société de laryngologie des Hôpitaux de Paris. *Annales des maladies du nez, de la gorge et des oreilles*, juillet 1930, p. 760.
- R. DEMME. — Klinische Mittheilungen ans dem Gebiete der Kinderheilkunde. 27 ter *Bericht des Jennerschen Kinderhospitals*, Bern, 1889, p. III (d'après Collet).
- DOERNER. — La tuberculose des sinus. *Arch. fur Lar.*, 1913.
- DE WECKER. — Discussion sur le traitement de la tuberculose oculaire (d'après Rollet et Colrat).
- DMOCHOWSKY. — Beitrag zur pathologischen Anatomie und Aetiologia der entzündlichen Processe im Antrum Highmori. *Arch. fur Lär.*, 1895, p. 255 (d'après Gleitsmann).
- EBSTEIN. — *Société viennoise de laryngologie*, 5 avril 1900 (d'après Collet).
- FRAENKEL. — Beiträge zur Pathologie und Aetiologie der Nebenhöhlen, Erkrankungen. *Virchow's Archiv*, 1896, p. 42.
- FRANK et KUNZE. — Tuberculose du sinus frontal. *New-York Medical Record*, 3 nov. 1894 (d'après Gleitsmann).
- FREY. — Un cas de sinusite tuberculeuse. *Revue de Laryngologie de Moure*, 1919, p. 481.
- GAILLARD et NOGUET. — *Traité de stomatologie*, Baillière, Paris.
- H. GAUDIER. — Empyème du sinus maxillaire de nature tuberculeuse ; intervention par la fosse canine. *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, n° 44, 30 octobre 1897.
- J.-W. GLEITSMANN. — Tuberculose des sinus accessoires du nez. *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, 15 juin 1907, p. 689.
- L. GRÜNWALD. — Die lehre der Naseneiterungen. München, J. F Lehmann, 1896, zweite Auflage, p. 215.
- GUISEZ. — De l'Ostéomyélite des os plats du crâne. *Annales...* 1906, p. 600.
- GUYOT. — Tuberculose néoplasique du nez et du sinus maxillaire. Congrès des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, juin 1908 (cité d'après Collet : La tuberculose des sinus).

- JACQUES. — Ulcère scrofuleux de la gorge. *Annales...* avril 1930.
- JESSEN. — Adénites d'origine dentaire. *Centralblatt für innere Medizin.*, 1899 (d'après Vernieuwe).
- H. JONES EDLEY. — Tuberculosis of the frontal sinus ; report of a case apparently cured. *The Laryngoscope*, juin 1928 (cité d'après Vernieuwe).
- J. KECKWICK. — Antral empyema of tuberculous origine. *British Journal of dental sciences*, 1895 (d'après Gleitsmann).
- KERNAN. — Cas de tuberculose des sinus sphénoïdaux. *The laryngoscope*, mai 1919 (d'après l'O.-R.-L. Internationale, 1920).
- KILLIAN. — Meine erfahrungen über die Kieferhöhleneiterungen, *Munch. Med. Wochenschrift*, 1892 (d'après Gleitsmann).
- KOSCHIER. — *Société viennoise de Laryngologie*, 8 nov. 1900 (d'après Collet).
- LEBEDINSKY. — Adénites cervicales (d'après Gaillard et Noguét).
- LEDERER et LIVINGSTONE. — Tuberculose des sinus. *Annals of Otology*, décembre 1928 (d'après l'O.-R.-L. Internationale, mars 1930).
- LEVINE. — Tuberculose du nez et des sinus — simplement cité dans les *Annales...* 1914-15).
- MAYDL. — Kieferhöhlen tuber. *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1889, p. 988.
- MILLER. — Die relative immunität der Mudhöhle. *Deutsch, Monatschrift für Zahnheilk*, 1903 (d'après Partsch).
- MINDER. — *Arch. für Lar.*, XII, 1902 (d'après Collet).
- G. MORGAN. — Adénites d'origine dentaire. *Brit. Med. Assoc.*, 1899.
- MOULONGUET et PERRIER. — A propos d'un cas de sinusite sphénoïdale caséuse. *Soc. française d'O.-R.-L.*, mai 1923.
- L. NEUFIELD. — Tuberkulose, Syphilis und Kieferhöhleneiterung. *Arch. für Lar.*, 1905, p. 215.
- H. NEUMAYER. — Ein Fall von Mund. Kieferhöhlen und Nasen tuberkulose, *Arch. für Lar.*, 1895, p. 260.

- R. PETIT. — La tuberculose des ganglions du cou. *Thèse de Paris*, 1897.
- PANAS. — Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal, 1877 (d'après Rollet et Colrat).
- R. PANSE. — Ein fall von Kiefer und Keibenhöhlen tuberculose mit tödtlichen Ausgang. *Arch für Lar.*, 1901, p. 478.
- PARTSCH. — Die Zähne als eingangspforte der tuberculose. *Deuscht Med. Wochens*, sept. 1904.
- PAULET. — Rôle de la carie dentaire dans la pathogénie des adénites cervicales tuberculeuses (cité d'après Vernieuwe).
- E. PISTRE. — Les pseudo-polypes tuberculeux des fosses nasales. *Thèse de Bordeaux*, 1920.
- A. PLICQUE. — La tuberculose des fosses nasales. *Annales...* 1890.
- L. RÉTHI. — Ein fall von tuberculose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen und Kieferhöhle. *Wiener Med. Presse*, n° 19, 7 mai 1893.
- Ein weiterer fall von tuberculose der Kieferhöhle (*Ibid.*, n° 51, 1899).
- H. RETROUVEY. — La tuberculose des fosses nasales. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1927, p. 15.
- H. RETROUVEY et P. PESME. — Tuberculose des voies lacrymales, des fosses nasales et de l'oreille moyenne. *Revue hebdomadaire*, 1927, p. 308.
- PORTMANN et DESPONS. — Méningite tuberculeuse et suppurations auriculaire ou sinusienne. *Revue hebdomadaire*, 1927, p. 377.
- ROLLET et COLRAT. — Tuberculose de l'œil et de ses annexes. *Bibliothèque de la tuberculose*. Doin, 1927, p. 199.
- M. SCHMIDT. — Die Krankheiten der Oberen Luftwege, 1897 (d'après Gleitsmann).
- SCHENCKE. — Tuberculose du sinus frontal (cité d'après Collet).
- H. STARCK. — Ganglions cervicaux faciaux tuberculeux en rapport avec des dents cariées. *Revue de la tuberculose*, Paris, 1896.

- VAN HOOGENHUYZE et DE KLEIN. — Zur fälle von ethmoïditis caseosa tuberculosa. *Arch. fur. O.-N.-K.*, Leipzig, 1917 (d'après Vernieuwe).
- VERNIEUWE. — Contribution à l'étude de la tuberculose des sinus de la face.
- VOHSEN. — Tuberculose du sinus frontal (cité d'après Collet).
- WEINBERGER. — *Monatschrift fur Ohrenheilk*, 1903, p. 151 (d'après Collet).
- E. WERTHEIM. — Beiträge zur Pathologie und Klinik der Nasennebenhöhlen. *Arch. fur Lar.*, 1906, p. 168 (d'après Gleitsmann).
- ZANDER. — Empyema Antri Highmori. Dissertatio, Halle, 1894 (cité d'après Gleitsmann).
- ZARNIKO. — Krankheiten der nase und der Nasenrachens, 1910.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Anatomie Pathologique.....	19
Diagnostic.....	27
Pronostic.....	35
Observations.....	39
Conclusions.....	57
Bibliographie.....	59
